



**Marijke Fontijne**

Osteopaat D.O.- mro

Telnr.: 06 15510205

---

## Intakeformulier

Datum afspraak:

Tijd:

Geachte mevrouw/meneer,

Wilt u de volgende vragen aandachtig doorlezen en nauwkeurig beantwoorden. Gelieve een week voor de geplande afspraak intakeformulier retourneren. We zullen de gegevens bij de intake bespreken. Uiteraard blijven de gegevens strikt beroepsgeheim.

Naam:

Voornaam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Geb.datum:

O M

O V

Geboorteplaats:

E-mail adres:

Telefoon:

Mobiel:

Beroep:

Sport,hobby,vrije tijd:

Medicijngebruik: O nee

O ja

sinds wanneer:

Huisarts:

Specialist:

Therapeut:

Ik ga akkoord dat de huisarts wordt geïnformeerd dat ik bij een Osteopaat onder behandeling ben.  
(aanvinken indien akkoord)

Door wie bent u geïnformeerd:

Wat is uw voornaamste klacht:

Wanneer is deze klacht begonnen en onder welke omstandigheden:



---

Als u pijn hebt kunt u de aard van de pijn omschrijven:

O stekend                      O zeurend                      O kloppend                      O beklemmend

Is er een patroon of regelmaat te ontdekken:                      O ja                      O nee

Welke omstandigheden geven verbetering:                      O warmte                      O koude                      O rust                      O stress                      O honger  
O eten                      O lichaamshouding                      O beweging

En verergering?

Hoe voelt u zich algemeen?(verdrietig/angstig/geïrriteerd)

Hoe is nachtrust?                      O goed                      O minder goed                      O niet goed

Hoe is uw stoelgang?                      X dagelijks                      X per week. O Regelmatig O onregelmatig.

Consistentie:                      O vast O breiïg                      O vast                      O waterig.

Kleur:                      O wit O lichtbruin O geelbruin O donkerbruin O zwart

Welke zijn de bijkomende klachten nu?

- 1)
- 2)
- 3)

Familiaire ziekten: erfelijke aandoeningen (bv. hart-vaat ziekten, reuma, kanker, suiker, huidaandoeningen, etc.)



---

## ZIEKTEGESCHIEDENIS.

Kunt u zo chronologisch mogelijk omschrijven:

- 1) welke ziekten/operaties/ongevallen en behandelingen u in uw leven hebt doorgemaakt. Ook ogenschijnlijk kleine zaken als verstuikingen, tandbehandelingen, amandelpellen, en eczeem kunnen van belang zijn.
- 2) de kinderziekten die u hebt gehad
- 3) eventuele zwangerschappen en het verloop daarvan.
- 4) belangrijke ontwikkelingen in uw leven eveneens van invloed zijn (bv. echtscheidingen, overspannen, depressies etc.)
- 5) Traumata doorgemaakt fysiek en/of mentaal (aanrijding, gevallen, overlijden dierbare, burn-out)

Leeftijd                      ziekte/klacht/zwangerschap/ontwikkeling

Welke ziekte/ongeval/operatie was de laatste voor uw huidige klachten begonnen?



Wilt u op deze pagina die vierkantjes aankruisen, die voor u van toepassing zijn. De linker kolom vierkantjes zijn voor oude klachten, de rechter kolom voor recente klachten. Als u huidige klachten ook vroeger al had, dan kruist u beide vierkantjes aan. Er zijn ook keuzemogelijkheden

| oud                      | recent                   | ALGEMEEN                                      | oud                      | recent                   | MAAG/DARMEN                 |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | hoofdpijn: <i>dagelijks/wekelijks</i> *       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | darmontsteking              |
|                          |                          | Waar in het hoofd?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verstopping                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | slapeloosheid                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diarree                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | slecht inslapen                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | droge mond                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | gewichtsverandering: <i>toename /afname</i> * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | opgezette buik              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Duizeligheid                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Misselijkheid               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vermoeidheid: <i>continu/middag/avond</i> *   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Winderigheid                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dubbel/vaag zien                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | buikpijn/ krampen *         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | allergie:                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | borrelende buik             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | bloedingen                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Maagzuur                    |
|                          |                          |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | overig:                     |
|                          |                          | <b>LUCHTWEGEN/K.N.O.</b>                      |                          |                          |                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ademnood                                      |                          |                          | <b>SPIEREN/GEWRICHTEN</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | chronisch hoesten                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | gespannen/slappe spieren *  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | chronisch verkouden                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lage rugpijn                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | astma   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nekpijn                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | keelpijn/ontstekingen                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | tintelingen/ uitstraling    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sinusitis                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gewrichtspijnen             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | oorsuizen                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | spierpijnen/ krampen *      |
|                          |                          |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | bewegingsbeperking          |
|                          |                          | <b>HART EN BLOEDVATEN</b>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reuma                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>hoge/lage/normale</i> bloeddruk *          |                          |                          |                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | opgezette klieren                             |                          |                          | <b>HUID</b>                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | aderverkalking                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | eczeem / uitslag *          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | onregelmatige hartslag                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | snel blauwe plekken         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>normaal/beklemmen/gevoel op de borst</i> * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | droge huid / transpiratie * |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | hartkloppingen                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jeuk                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | koude handen/voeten                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | snel brekende nagels        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | spataders                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | haaruitval / brekend haar * |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vocht vasthouden                              |                          |                          |                             |
|                          |                          |   |                          |                          | <b>GESTELDHEID</b>          |
|                          |                          | <b>URINEWEGEN</b>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zenuwachtigheid             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nierinfectie/nierstenen                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depressies                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | pijn bij het plassen                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Overbezorgdheid             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | prostaatklachten                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Concentratiezwakte          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | blaasontsteking                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | geheugenvermindering        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | geslachtsziekte                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angst                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | verandering urine                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | veel piekeren               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | verandering libido                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lusteloosheid               |
|                          |                          |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Opkroppen                   |
|                          |                          | <b>VROUW</b>                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | weinig zelfvertrouwen       |
|                          |                          | Zwanger: <i>ja/nee/onbekend</i> *             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | verdriet, droefheid         |
|                          |                          | leeftijd 1 <sup>e</sup> menstruatie:          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | besluiteloosheid            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | pijnlijke menstruatie                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Geïrriteerdheid             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | onregelmatige menstruatie                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Opvliegers                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | langdurige menstruatie                        |                          |                          |                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | pijnlijke borsten                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | overig:                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | premenstrueel syndroom                        |                          |                          |                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | witte vloed                                   |                          |                          |                             |

\* Doorhalen wat niet van toepassing is